

LE CENTRE DE SANTÉ DE L'ADOLESCENT

II. Stratégies de prise en charge

F. GLOWACZ (1), J.-P. BOURGUIGNON (2)

RÉSUMÉ : Cet article et le précédent rapportent l'expérience d'une prise en charge des adolescents dans un centre ambulatoire pluridisciplinaire, sur un mode bipolaire et synergique grâce à une approche conjointe médicale et psychologique. Cette approche intègre les différents intervenants du Centre ainsi que les intervenants du milieu familial et scolaire, tout en maintenant l'adolescent au centre du processus. Dans cet article, la démarche initiale de décryptage de la plainte par le soignant et de clarification du contenu de cette plainte par l'adolescent sont explicitées et illustrées. Les modalités du suivi sont également discutées, en particulier la temporalité variable des interventions médicales et psychologiques.

ADOLESCENT CARE CENTER

SUMMARY : This paper, and the former report on the experience of adolescent care in an ambulatory and multidisciplinary center based on a bifocal medical and psychological strategy. This process integrates the health care providers in the center as well as family and school people interacting with the adolescent who is looked at as the central issue. In this paper, the initial elucidation of the adolescent complaint and its content are detailed and illustrated. The follow-up modalities are also discussed, particularly the variable temporal sequence in medical and psychological intervention.

KEY WORDS : Adolescent - Ambulatory care - Multidisciplinary.

INTRODUCTION

Le Centre de Santé de l'Adolescent (CSA) a pour vocation la prise en charge de l'adolescent et de ses diverses pathologies sur un mode ambulatoire, dans un environnement qui lui est rendu spécifique et accessible. L'équipe soignante pluridisciplinaire comprend différents intervenants : médecin de l'adolescent, médecins spécialistes (gynécologie, dermatologie, médecine physique), assistante sociale, diététicien, psychologue et pédopsychiatre. Chacun des soignants s'inscrit dans une approche bipolaire médico-psychologique de l'adolescent concrétisée par la complémentarité interdisciplinaire, tant dans la démarche diagnostique que thérapeutique.

Le schéma de fonctionnement du CSA est illustré à la figure 1. Ce schéma résume comment la prise en charge de l'adolescent s'articule d'une part, sur base des interactions des membres de l'équipe médico-psychologique et, d'autre part, sur les systèmes plus larges dans lesquels s'insère la vie de l'adolescent. Pour être

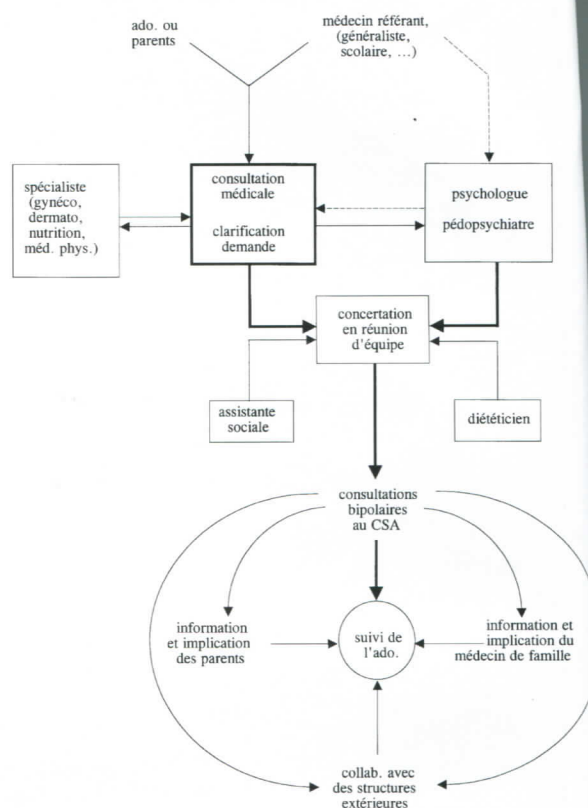


Fig. 1. Fonctionnement schématique du Centre de Santé de l'Adolescent.

cohérente et efficace, l'intervention du CSA doit en effet intégrer d'une part, les systèmes dans lesquels l'adolescent évolue et, d'autre part, l'approche des différents soignants concernés. Tout qui tente de comprendre un adolescent doit tenir compte du milieu familial, du réseau scolaire et de l'environnement médical dans lequel il vit. C'est ainsi que les parents sont impliqués dans la prise en charge, ponctuellement ou plus intensivement, selon les pathologies et l'importance des dysfonctionnements familiaux. Des contacts épistolaires et/ou téléphoniques sont établis avec les médecins de famille et les structures scolaires (IMS, PMS). Au sein du Centre même, une réunion hebdomadaire permet de confronter et d'harmoniser les évaluations et interventions des différents soignants. Ainsi, c'est un réseau cohérent qui est créé autour de l'adolescent, aussi bien à l'extérieur du CSA qu'à l'intérieur du Centre lui-même.

Cette vision holistique de l'adolescent et de sa prise en charge doit être associée à une clarification du rôle de chaque intervenant vis-à-vis de l'adolescent pour éviter qu'une confusion à ce

(1) Psychologue, Assistante, Université de Liège, Service de Psychologie de la Délinquance et de l'Inadaptation Sociale (Pr. M. Born).

(2) Chargé de cours, Université de Liège, Chef de Service, Pédiatrie Ambulatoire et Médecine de l'Adolescent, Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

niveau ne vienne aggraver la fragilité de l'adolescent dans sa quête identitaire. Le discours et la place de chaque soignant sont ainsi respectés et l'adolescent se voit proposer un cadre structurant de prise en charge qui favorise sa propre recherche de repères. Il est capital que l'adolescent reste le centre du projet de traitement dont l'objectif est "de restaurer sa capacité de se confronter avec lui-même et d'intégrer les conflits dont il est porteur pour trouver une solution qui ne se fasse pas au prix de l'exclusion d'une partie de lui-même et de ses potentialités" (1).

Dans cet article, le processus d'intervention développé au CSA est décrit. Les différentes stratégies d'intervention et les principes qui les sous-tendent sont illustrés par des vignettes cliniques.

LA PLAINTÉ INITIALE ET SON DÉCRYPTAGE PAR LE SOIGNANT

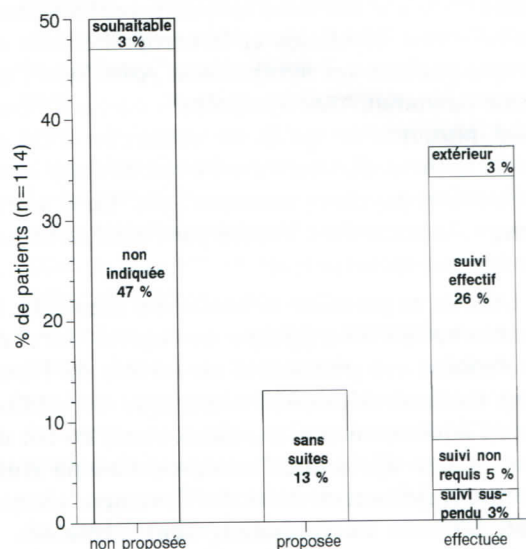
L'intervention au CSA est initiée à partir d'une plainte exprimée par l'adolescent ou via ses parents. Ainsi que l'analyse des six premiers mois de fonctionnement du CSA l'indique (2), la plainte initiale est le plus souvent somatique. En effet, l'expression des conflits par le corps est une voie largement utilisée par l'adolescent. C'est donc le médecin du Centre qui est prioritairement consulté et devient ainsi, implicitement, un référent pour le patient tout au long du suivi. Cette voie d'abord somatique a été relevée par d'autres auteurs aux Etats-Unis (3) et en Suisse (4). Ces études montrent notamment que les adolescents parlent plus facilement de leurs problèmes de santé physique que de leur détresse psychologique qui représente pourtant une part significative de leurs difficultés. Par ailleurs, cette étude suisse (4) ainsi que des observations récentes en Angleterre (5) font apparaître les parents comme premier relais pour l'expression des plaintes qui touchent à la santé physique et la demande d'aide à ce niveau, tandis que les amis sont les premiers interpellés par les adolescents pour des difficultés psychologiques. Notre expérience corrobore ces constatations. En effet, sans tenir compte des éléments relevés par l'anamnèse et l'examen, les plaintes somatiques représentent 64 % des raisons avancées pour la consultation. Ceci confirme le fait que les adolescents manifestent aisément leur mal-être via le corps et dévoilent leurs difficultés par des plaintes physiques. Par ailleurs, 29 % des consultations sont initiées par les parents et 1 % seulement par l'adolescent lui-même. Ceci indique que l'adolescent manifeste ses difficultés en famille, et que ses plaintes somatiques

sont entendues par ses parents qui initient alors une prise en charge.

A la lumière de ces observations, on peut supposer que la plainte somatique est davantage banalisée et acceptée culturellement que la plainte psychologique. Surtout, la plainte somatique est vécue par l'adolescent et par sa famille comme moins culpabilisante qu'une plainte psychologique. Dès lors, son expression s'en trouve facilitée dans le cadre familial et médical. Il est néanmoins frappant que la moitié des adolescents qui consultent au CSA relèvent, après la première consultation médicale, d'une prise en charge psychologique (fig. 2). Ceci révèle bien l'existence de difficultés psychologiques qui sous-tendent les plaintes somatiques initiales.

Les résultats repris dans la figure 2 concernent la majorité des adolescents vus en premier lieu à la consultation médicale. Toutefois, un certain nombre d'adolescents sont adressés initialement à la consultation psychologique, soit parce que le symptôme psychologique est suffisamment clair pour l'adolescent ou pour sa famille, soit parce que le travail de clarification de ce symptôme a été amorcé préalablement par un intervenant extérieur, le plus souvent le médecin de famille ou le Centre médical scolaire.

A la première consultation, qu'elle soit médicale ou psychologique, le décodage de la plainte par le soignant est le fil conducteur de la suite de



Consultation psychologique secondaire à la consultation médicale

Fig. 2. Prise en charge psychologique de 114 patients vus initialement en consultation médicale au Centre de Santé de l'Adolescent. Les patients sont répartis en trois groupes pour lesquels une consultation psychologique a été soit non proposée, soit proposée mais sans suite, soit effectuée avec différentes modalités de suivi. Ces résultats ne tiennent pas compte des patients (une dizaine sur la période concernée par cette étude) adressés en premier lieu à la consultation psychologique et vus éventuellement, dans un second temps, à la consultation médicale.

l'intervention. En effet, la plainte dépasse largement le symptôme avancé par le patient. Elle est un "discours et un langage à décoder" (6). L'adolescent est d'abord reçu avec le ou les parents qui l'accompagnent puis il est systématiquement vu seul. L'entretien en présence des parents permet à ceux-ci d'entendre le discours de l'adolescent et de rendre compte de leur vécu de la situation. L'adolescent est, lui aussi, confronté au discours de ses parents. A travers les réactions suscitées par ce premier entretien familial, une première évaluation des interactions familiales et des motivations parentales peut être menée. Ensuite, l'entretien individuel avec l'adolescent autorisera celui-ci à exprimer verbalement ses questions, ses craintes et ses difficultés qui se manifestent par des comportements, des attitudes et des symptômes (7). En effet, les symptômes de l'adolescent sont une instrumentalisation qui légitime l'expression d'une souffrance et se traduira, dans la consultation, en demande d'aide médicale et psychologique.

Le décryptage de la plainte de l'adolescent requiert de la part du soignant une lecture à deux registres. D'une part, il doit intégrer les versants somatique et psychologique dans une approche globale de l'adolescent. D'autre part, il doit différencier dans la symptomatologie, ce qui s'inscrit dans un contexte individuel de ce qui relève du cadre familial et, plus largement, social. Dès le premier entretien psychologique, sont ébauchées l'analyse des fonctions du symptôme dans les relations familiales et la compréhension de ce que cachent les symptômes. Ainsi que l'affirme Jeammet, "les symptômes cachent beaucoup plus que ce qu'ils ne montrent, c'est ce qu'ils cachent qui doit faire l'objet de cette compréhension psychodynamique" (8). En d'autres termes, le symptôme avancé par l'adolescent est l'arbre qui cache la forêt.

Lors de la première consultation médicale, la démarche de décryptage entreprise lors de l'anamnèse est poursuivie au travers de l'examen médical. L'examen somatique est réalisé avec l'adolescent seul et, idéalement, en fin de consultation après que l'adolescent ait pu s'exprimer verbalement. Lors de l'examen, chaque geste et son interprétation sont explicités à l'adolescent qui a une connaissance très frustrée de son corps et de son fonctionnement (7). Cet examen mérite d'être mené, même si la plainte initiale de l'adolescent n'est pas d'ordre somatique. L'examen clinique suscite généralement une grande attention de la part de l'adolescent qui vit beaucoup de questions par rapport à son corps et aux transformations de celui-ci. La confrontation à son corps, matérialisée lors de

l'examen peut être l'occasion, pour l'adolescent, d'exprimer l'une ou l'autre de ses questions. L'examen médical peut être le vecteur d'un rapport de confiance entre l'adolescent et son médecin, mais c'est aussi un moment délicat de par la sensibilité de l'adolescent à toute intrusion possible au niveau de son corps. L'examen doit donc être mené avec suffisamment de respect et de distance, mais également de proximité et d'explications pour apporter à l'adolescent des repères lui permettant de se réunifier et de se sécuriser dans sa réalité physique concrète. L'étape de la première consultation nécessite donc écoute et empathie sans verser dans une complicité qui enlèverait au médecin la position privilégiée que lui donne son statut d'intervenant extérieur capable de compréhension, d'écoute mais également de recadrage de la situation.

L'APPRÉHENSION DES FONDEMENTS DE LA PLAINTÉ INITIALE PAR LE PATIENT

Au travail de décodage de la plainte effectuée par le soignant, s'ajoute celui de la clarification du contenu de la demande pour le patient : la mise en mots des maux permet de replacer le symptôme dans une histoire qui lui donne un sens. Le patient accède à la réalité des besoins sous-jacents au symptôme, à une attente encore imprécise mais suffisamment réelle pour le mobiliser vers une prise en charge.

L'entretien avec l'adolescent seul, après avoir rencontré ses parents, est mis à profit pour cette clarification de la demande. L'adolescent dispose alors d'un espace de paroles, d'expression qui lui est propre, qui le différencie des autres et permet de distinguer sa demande de celle formulée par les parents, ou par le médecin qui l'adresse au Centre. Ce processus s'inscrit plus largement dans le décours de l'adolescence caractérisée par la recherche d'autonomie, de différenciation et d'identité. L'espace de parole oblige également l'adolescent à se définir et à se positionner en tant que sujet dans la relation avec le médecin. Il se dégage ainsi de l'infériorisation et de la passivité que peut impliquer la demande d'aide, surtout lorsqu'elle a été initiée par les parents ou par un autre intervenant. L'adolescent se réapproprie la démarche de consultation et s'ouvre à une clarification de ses attentes. Il est néanmoins des situations où ce travail de différenciation est au coeur même de la problématique de l'adolescent qui est, par exemple, dans une relation fusionnelle avec un parent. Il peut arriver que l'adolescent dénie le motif de consultation. Le travail de clarification

de la demande doit alors être mené très progressivement et en gérant la place respective de l'adolescent et de sa famille par rapport à la plainte.

L'adolescent appréhende généralement la confrontation au contenu psychologique de sa demande de consultation, mais il vit également le désir de clarifier ce qui sous-tend son mal-être. Il peut donc passer d'une appréhension négative à une appréhension positive du contenu de sa plainte. Le soignant joue un rôle important de guidance dans cette démarche, car il doit pouvoir lire la problématique de l'adolescent sans la dire pour amener celui-ci à s'exprimer, en dehors de toute contrainte. A l'issue de la première consultation médicale, des préoccupations d'ordre somatique peuvent avoir abouti à l'émergence de préoccupations plus psychologiques.

Une adolescente de 19 ans consulte la gynécologue pour des maux de ventre qu'elle croit d'origine gynécologique. Il s'est avéré que ces douleurs n'avaient pas de cause organique mais étaient liées à une forte anxiété face à la sexualité, en rapport avec un traumatisme sexuel ancien ainsi qu'à des troubles relationnels. L'adolescente, à l'issue de cette première consultation, a pu élaborer une autre compréhension de ses symptômes qui devenaient perçus comme une manifestation de son état d'anxiété. Elle a alors adhéré au projet d'une consultation psychologique qui lui faisait préalablement très peur.

Il arrive également que, dans le décours d'une prise en charge psychologique, on voit émerger des préoccupations d'ordre plus somatique ou physique qui motivent une consultation médicale à laquelle l'adolescent adhère le plus souvent.

Une adolescente de 13 ans consulte accompagnée de sa mère, sur les conseils du médecin traitant. Elle a fait deux tentatives de suicide; elle est agressive et dépressive. La situation familiale est hautement conflictuelle. Prise dans des jeux de loyauté dans le cadre de la séparation de ses parents, l'adolescente se trouve en position de médiateur de ce conflit. Un suivi est engagé et intègre successivement chacun des parents. Il repose également sur des entretiens individuels au cours desquels est abordée la difficulté de l'adolescente de construire son identité propre et de trouver un espace face à sa mère. Celle-ci joue, de par son mode de vie, un rôle adolescentaire qui la relègue dans un statut de mauvais parent, alourdi par une image disqualifiante de la femme que renvoie le père. En cours de suivi, après 5 mois, cette adolescente a pu formuler des plaintes par rapport à son image corporelle. Elle se trouvait trop grosse et a souhaité prendre en charge son corps, le réinvestir. Par rapport au comportement suicidaire et d'auto-destruction qui ont motivé les premières consultations, l'émergence d'un tel désir est un signe important. Une consultation chez le médecin est suggérée et l'adolescente y adhère. Le médecin procède à un examen clinique qui permet à l'adolescente de préciser ses inquiétudes par rapport à son corps et d'inscrire ses préoccupations dans le

cadre défini par les données concrètes de l'examen. L'adéquation d'une prise en charge diététique est alors évaluée et proposée et sera effectivement suivie avec succès.

Après la première consultation médicale, la moitié des adolescents se voient proposer une prise en charge psychologique (fig. 2). Parmi ceux-ci, 7 sur 10 suivent la recommandation et s'engagent dans un travail psychologique avec visée soit évaluative, soit thérapeutique. L'objectif de la psychothérapie est de substituer à l'expression des conflits par le comportement et les symptômes physiques, un travail d'élaboration mentale de ces conflits (9). Pour 26 % des patients qui ont consulté initialement, le suivi psychologique est poursuivi de manière continue et régulière au CSA et 3 % des patients sont suivis par un thérapeute extérieur. Ceci indique que la moitié des adolescents qui ont été orientés vers la consultation psychologique, adhèrent à un suivi dans cette direction. Il apparaît ainsi que la prise en charge psychologique que redoutait l'adolescent au départ, est dédramatisée, démystifiée et légitimée au cours de la prise en charge médicale. A partir de la clarification de la demande du patient, un travail d'élaboration mentale a été engagé. L'implantation de deux consultations médicale et psychologique dans un même espace offre à l'adolescent un cadre structurant et contenant qui lui permet de se construire une image unifiée de l'équipe de soins et d'aborder le registre psychologique sur un mode plus sécurisant. La prise en charge par le tandem "médecin-psy" favorise un ancrage thérapeutique et la participation du patient au projet de traitement qui lui est proposé. Le CSA étant pluridisciplinaire, il offre aussi l'avantage de la participation des autres soignants spécialistes installés sur le même site et pouvant intervenir soit pour une évaluation, soit pour une prise en charge.

L'intervention au CSA se construit et se développe donc sur l'articulation des deux pôles médical et psychologique auxquels s'ajoutent différents médecins spécialistes ainsi que l'approche diététique et sociale. Toutefois, la prise en charge psychomédicale ne suit pas un schéma thérapeutique systématisé et rigidifié dans la chronologie et le cheminement de l'intervention : tous les patients consultant chez le médecin ne sont pas orientés vers la psychologue et tous les patients suivis en consultation psychologique ne sont pas nécessairement vus par le médecin. Néanmoins, la lecture de chaque situation est systématiquement réalisée au travers des pôles médical et psychologique, au moment de la consultation elle-même et lors des réunions

d'équipe hebdomadaires où les situations sont exposées et leur prise en charge discutée. Les intervenants au CSA fonctionnent donc sur un mode complémentaire et interactif qui permet à l'adolescent de bénéficier de cette synergie.

Une dame téléphone à la psychologue pour le garçon qui vit chez elle en famille d'accueil. Elle explique que ce garçon qui vit chez elle depuis plusieurs années, a tendance à régresser et à adopter des attitudes infantiles, notamment vis-à-vis de l'école. Elle signale aussi "qu'en plus, il est petit" et précise qu'il est insupportable de voir cet adolescent ne pas grandir dans l'environnement réparateur qu'elle lui offre. Un rendez-vous lui est proposé par la psychologue qui suggère également une consultation chez le médecin pour une évaluation de la croissance. Ceci a permis d'engager immédiatement une prise en charge sur les deux volets. L'examen médical a d'ailleurs diagnostiqué un retard constitutionnel de croissance et de puberté qui a été réintégré dans le suivi psychologique. Ceci a permis à la famille et à l'adolescent de gérer différemment leur culpabilité et leur frustration. Par ailleurs, la consultation médicale a comporté une discussion sur l'évolution antérieure de la croissance de la taille qui a permis de réintégrer le thème de la famille d'origine dans le cadre du suivi psychologique.

ARTICULATIONS DES INTERVENTIONS MÉDICALES ET PSYCHOLOGIQUES DANS LE SUIVI DE L'ADOLESCENT

Nous avons décrit comment, dans la prise en charge initiale, l'intervention sur les pôles médicaux et psychologiques, commençait souvent mais non nécessairement par la consultation médicale et s'inscrivait ensuite dans une séquence variable d'un patient à l'autre. Lorsqu'un suivi est engagé pour un patient, la stratégie est d'adapter également la temporalité des consultations médicale et psychologique aux besoins identifiés dans chaque situation.

La séquence des interventions du médecin d'adolescent et du psychologue ou pédopsychiatre sera différente d'un patient à l'autre. Par exemple, après un premier entretien et examen médical, les adolescents qui consultent pour obésité sont orientés vers la psychologue et le diététicien pour une évaluation. Celle-ci permettra de construire un projet de traitement sur base des trois évaluations. Une prise en charge psychologique intensive peut apparaître comme le prérequis à toute proposition diététique qui est alors postposée. A l'inverse, un suivi diététique peut prendre cours avec, épisodiquement, des consultations psychologiques de soutien.

Le rythme des interventions thérapeutiques sera également différent d'un patient à l'autre et selon les soignants impliqués. Le suivi psychologique requiert souvent des consultations heb-

domadaires alors qu'elles s'inscriront sur une base mensuelle chez le médecin. Si la consultation chez le médecin n'a plus lieu qu'épisodiquement, celui-ci reste néanmoins présent dans la situation au cours des entretiens des autres soignants avec l'adolescent et lors des discussions en équipe. De plus, l'adolescent est souvent en attente d'une consultation évaluative, à prévoir régulièrement auprès du médecin qui l'a initialement reçu. Ceci permet de structurer l'évolution de l'adolescent dans le temps par rapport à ses plaintes initiales et de resituer les repères concrets de l'examen somatique. Enfin, le médecin peut jouer son rôle sécurisant et cadrant. Dans certaines pathologies telles que l'anorexie mentale, un suivi plus intensif est généralement requis. Pour ces patients et leur famille, l'interaction et la complémentarité entre le pôle médical et le pôle psychologique sont particulièrement d'application.

Enfin, une intervention plurielle des médecins et des intervenants psychologues peut être mise à profit dans le cadre d'un travail avec les différents membres de la famille. Un thérapeute différent de ceux qui suivent directement l'adolescent peut prendre en charge l'un ou l'autre membre de la fratrie. Il arrive également que le médecin et la psychologue rencontrent l'adolescent et la famille dans des entretiens visant à lever les pressions ou clarifier des positions en profitant du double éclairage médical et psychologique. Ceci permet au médecin de se situer par exemple dans un rôle de recadrage alors que la psychologue joue plus un rôle de soutien.

Une jeune adolescente de 12 ans, hyperactive, consulte le médecin pour un excès pondéral. Elle éprouve de réelles difficultés à verbaliser ce problème. Il apparaît rapidement que le poids constitue un domaine d'investissement important mais également un sujet tabou dans la famille. Par ailleurs, de nombreuses pressions non verbalisées pèsent sur l'adolescente, particulièrement dans la relation avec son père. La première consultation a conduit à conclure qu'une orientation vers la psychologue et le diététicien devait précéder toute recommandation diététique. Après un travail individuel avec différents intervenants, un entretien regroupant le médecin et la psychologue avec la famille a permis d'apporter un cadre de référence différent pour les parents et d'ainsi dégager l'adolescente de pressions anxiogènes et culpabilisantes. Les attentes magiques de la part du père ont également été levées, cependant que les éléments en rapport avec l'image de l'adolescente dans la famille étaient simultanément consolidés.

Dans une autre situation où un suivi psychologique d'un adolescent de 16 ans avait été engagé, une impasse a abouti à un décrochage de l'adolescent vis-à-vis de ce suivi. Un travail avec les parents a alors été mis en place. Ces entretiens ont été menés par la psychologue ainsi que par le

médecin qui n'avait cependant jamais reçu l'adolescent à sa consultation. Ceci a permis d'utiliser les positions différenciées de chacun des intervenants dans le cadre du suivi en fonction d'une stratégie dont la cohérence est régulièrement rediscutée et resituée par le médecin et la psychologue.

Les modalités des interventions au CSA et en particulier la temporalité de celles-ci sont donc dépendantes de la nature de la symptomatologie, de l'évolution de l'adolescent et de sa réappropriation des injonctions de consultation. Si l'adolescent vit dans l'instantanéité, il a aussi besoin de temps. Le point clé dans la stratégie adoptée au CSA est d'amener l'adolescent à se positionner et à investir le processus d'intervention médico-psychologique par rapport à son propre vécu. Il devient ainsi partenaire de la prise en charge et non objet de celle-ci. Ce processus engage plus largement un réinvestissement, par l'adolescent, de son corps et de son appareil psychique.

Enfin, une approche pluridisciplinaire menée par différents intervenants peut permettre à l'adolescent de se positionner différemment vis-à-vis des intervenants impliqués et d'ainsi gérer la distance et la différence (10). Nous avons ainsi remarqué, à plusieurs reprises, qu'un adolescent se montrant en retrait et dépressif dans le cadre d'une consultation chez le médecin, peut au contraire investir très activement la consultation auprès de la psychologue et vice versa.

CONCLUSION

La Centre de Santé de l'Adolescent mis sur pied au CHU Centre-Ville à Liège était un triple pari. Il fallait que le médecin généraliste ou l'intervenant scolaire puisse identifier l'adolescent en besoin de prise en charge et l'adresser au Centre. Il fallait également qu'une consultation abordée par le médecin sur base de la plainte somatique puisse conduire l'adolescent à la clarification de ses besoins sur le plan psychologique. Il fallait, enfin, que la bipolarité médicale et psychologique fonctionne en harmonie et en synergie pour amener l'adolescent à adhérer à un suivi mixte et pluridisciplinaire. Le pari semble tenu si l'on en juge par la proportion élevée d'adolescents consultants qui se sont engagés dans ce processus thérapeutique. L'objectif ultime est de contribuer, par la prise en charge au Centre, à la qualité de vie et à la santé des adolescents qui y sont ou y ont été encadrés. Une telle démonstration n'est pas aisée et demande un recul plus important.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jeammet P.— Spécificité de la pathologie mentale à l'adolescence. Conséquences sur les approches thérapeutiques. *Rev Psychol Appliquée*, 1986, numéro spécial.
2. Bourguignon JP, Glowacz F.— Le centre de santé de l'adolescent. I. Justifications d'une approche bipolaire et analyse des motifs de consultation. *Rev Med Liege*, 1998, **53**, 337-343.
3. Marks A, Malizio J, Hoch J, et al.— Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population. *J Pediatr*, 1983, **102**, 456-460.
4. Michaud PA, Narring F, Dubois-Arber, Paccaud F.— Recherche romande sur la santé des adolescents de 15 à 20 ans. *Schweiz Med Wochenschr*, 1993, **123**, 1883-1895.
5. Oppong-Odiseng ACK, Heycock EG.— Adolescent health services - through their eyes. *Arch Dis Child*, 1997, **77**, 115-119.
6. Besançon G, Kress JJ, Badiche A.— *Le médecin face à la plainte*. 31^e Colloque de la Société Belge de Psychologie médicale de Langue Française. Paris, SPEI, 1989, 253-404.
7. Alvin P.— La consultation avec l'adolescent. *Gaz Med*, 1988, **95**, 31-37.
8. Jeammet P.— L'anorexie : personnalité et aspects psychodynamiques. *Psychothérapies*, 1991, **3**, 135-142.
9. Merken A, Adam A.— Suicide des adolescents. *Rev Med Liege*, 1990, **45**, 10-90.
10. Jeammet P.— Communication de l'auteur, conférence donnée à Liège le 28/5/1997.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Mme F. Glowacz, Psychologue, Service de Psychologie de la Délinquance et de l'Inadaptation sociale, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Sart Tilman Bat B33, 4000 Liège.